

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Armand TRICARD

Né le 28 Mars 1916 à Paris

A propos d'un Kyste Paraovarien Simulant une Ascite Libre : Difficulté du diagnostic

Président : GUILLAIN, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED
24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Armand TRICARD

Né le 28 Mars 1916 à Paris

A propos d'un Kyste Paraovarien Simulant une Ascite Libre : Difficulté du diagnostic

Président : GUILLAIN, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPEL.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER .Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT ...		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

A Monsieur le Professeur GUILLAIN

Professeur de clinique des maladies du système nerveux
Médecin de la Salpêtrière

*qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Docteur LEHELLE

Médecin de l'Hôpital Laënnec

*dans le service duquel j'ai observé le
cas qui m'a inspiré cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages.

Messieurs les Professeurs GREGOIRE, SERGENT, GOSSET, HARVIER.

Monsieurs le Professeur agrégé CATHALA.

Monsieur le Docteur LESNE.

Externat.

Messieurs les Professeurs agrégés MOURE, PATEL.

Monsieur le Docteur TOURAINÉ.

I

Les kystes paraovariens sont des tumeurs bénignes développées aux dépens de débris embryonnaires situés dans le ligament large. Ils peuvent être solides ou liquides. Ils peuvent se développer dans le bassin ou vers l'abdomen. Nous n'envisagerons ici que les kystes liquides à évolution abdominale.

La symptomatologie de ces tumeurs est toujours vague, imprécise, le diagnostic clinique en est toujours d'une très grande difficulté, d'autant plus que c'est une affection rare, que l'on envisage rarement.

Typiquement, l'inspection de l'abdomen à jour frisant montre une saillie anormale, et le plus souvent latérale, donnant au ventre un aspect asymétrique. Bien souvent d'ailleurs, ces kystes sont profonds, peu saillants, moins qu'un kyste de l'ovaire, et même la mâtité peut en être dissimulée par la sonorité d'anses intestinales qui s'interposent entre le kyste et la paroi.

La palpation révèle une tumeur arrondie, lisse, siégeant latéralement, assez bien limitée sauf en haut où le bord supérieur peut être dissimulé par les fausses côtes, et, en bas, où la tumeur s'enfonce dans le pelvis. Elle est parfois mobile, sa consistance est variable. Elle est toujours indolore à la pression. Au toucher vaginal on trouve un col à peine perceptible à bout de doigt correspondant à un utérus plus élevé que normalement, parfois dévié. Les culs de sac, très profonds, sont difficilement explorables.

Ce tableau physique est très rarement au complet, et même réalisé ainsi, il ne peut affirmer sans discussion l'origine paraovarienne de la tumeur.

Les troubles fonctionnels qui l'accompagnent sont encore moins caractéristiques. Il n'y a pas de douleur, ou exceptionnellement une douleur aiguë et passagère cor-

respondant à une hémorragie intrakystique, minime en général mais qui peut se répéter. Plus fréquents sont les troubles menstruels : dysménorrhée ou aménorrhée. Les métrorragies sont peut être les troubles les moins rares. Enfin, dans ce cas de tumeur liquide abdominale, les signes de compression n'apparaissent que lorsque le kyste est énorme : dyspnée et palpitations. Les compressions pelviennes n'existent pas.

L'évolution de ces kystes est progressive. Comme celle des kystes ovariens elle peut être entrecoupée d'accidents; ou mécaniques : torsion, rupture; ou infectieux. Enfin, la dégénérescence épithéliale a été observée.

Nous concevons aisément que, devant une telle symptomatologie le diagnostic clinique soit d'une très grande difficulté. Pourtant, dans la majorité des cas, on arrive aisément à penser qu'il s'agit d'une tumeur latéro-utérine. Nous verrons qu'au contraire, dans le cas que nous rapportons, rien ne permettait cliniquement d'arriver à ce stade premier du diagnostic et que la tumeur simulait, à s'y méprendre, une ascite libre.

Habituellement, on discutera les autres tumeurs liquides latéro-utérines, le kyste de l'ovaire surtout dont la différenciation ne se fera le plus souvent qu'à l'intervention. Enfin, un kyste de cette région peut relever d'une échinococose localisée ou généralisée.

De toutes façons, on est amené à intervenir. On trouve alors une tumeur développée dans le ligament large vers la partie haute du mésosalpinx, refoulant les feuillets péritonéaux vers l'abdomen. Elle est souvent cravatée sur la face antérieure par la trompe étalée au-devant d'elle. Elle tend à se mobiliser, à se pédiculiser. Elle remonte soit entre les feuillets du ligament large, soit en avant de lui entre la paroi abdominale antérieure et le péritoine, soit en arrière du péritoine pariétal postérieur. Exceptionnellement, il peut s'agir d'un kyste ayant perdu ses connexions, libre.

L'ovaire est, en général normal, parfois il peut présenter des lésions inflammatoires.

Du point de vue anatomo-pathologique auquel il faudra parfois avoir recours pour déterminer de façon certaine l'origine de la tumeur, ces kystes se développent aux dépens de l'organe de Rosemuller : ce sont les kystes du mésosalpinx, le plus souvent en cause dans les tumeurs abdominales, ou bien aux dépens du canal de Malpighi Gartner : kystes paravaginaux.

Un caractère capital de ces kystes est qu'ils sont uniloculaires, ce qui les oppose avec la grande majorité des kystes hydatiques. Les parois sont minces, laissant transparaître leur contenu liquide.

Le liquide est clair, limpide, d'un aspect eau de roche, parfois légèrement opalescent. Il rappelle par son aspect le liquide hydatique. Mais il ne contient que peu d'albumine, pas de glucose et une faible proportion de chlorure de sodium. Si cet examen chimique est en général de peu d'intérêt, nous verrons par contre, que dans notre observation, où la ponction a été pratiquée, ces caractères ont été d'un appoint diagnostique capital.

La face interne du kyste est lisse, unie, blanchâtre, ou moins souvent, villose, hérissée de petites saillies en forme de papilles.

Histologiquement, la paroi du kyste est revêtue d'une couche de tissu musculaire lisse, caractéristique. Elle est tapissée d'un épithélium, polymorphe, variant non seulement d'un kyste à l'autre, mais encore sur un même kyste. C'est une seule couche de cellules, ici cylindriques avec ou sans cils vibratiles; là, cubiques, ou aplaties. Enfin, par place, l'épithélium peut même faire défaut.

Le pronostic d'une telle tumeur est en général bon, l'intervention amène une guérison rapide. Les récidives sont exceptionnelles.

Et, nous voyons donc que même dans les cas typiques, tout l'intérêt réside dans le diagnostic, et qu'il faut faire appel à toutes les méthodes d'investigation.

L'observation suivante est celle d'un cas que nous avons vu dans le service de notre maître le Docteur Léchelle, à l'Hôpital Laënnec. Le diagnostic a été dans ce cas cliniquement impossible car le kyste paraovarien simulait absolument une ascite libre de la grande cavité péritonéale. C'est la ponction qui a permis d'envisager la tumeur et son origine, grâce aux caractères chimiques très caractéristiques du liquide, et malgré le résultat trompeur fourni par deux intradermoréactions de Casoni, pratiquées à quelques jours d'intervalle.

Cette observation a d'ailleurs déjà fait le sujet d'une communication à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, le 24 février 1939.

M^{lle} V..., vingt-quatre ans, employée, entre à l'hôpital le 4 juin 1938, pour une augmentation progressive de l'abdomen, avec dyspnée d'effort.

Le début, un an environ auparavant, a été marqué par des troubles digestifs : sensation de ballonnement épigastrique, s'accroissant après les repas, et s'accompagnant de digestions lentes et difficiles. A cette époque on rattache ces troubles à l'aérophagie et on institue un traitement banal.

Mais, peu à peu, sans aucune douleur, l'abdomen augmente de volume. La malade le remarque mais ne s'en inquiète pas, ne consulte pas et continue à travailler jusqu'aux derniers jours de mai 1938, c'est dans la semaine qui précède l'entrée à l'hôpital, qu'apparaissent la fatigue à la marche, la dyspnée d'effort. C'est ce symptôme qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

Antécédents. — Née de parents bien portants, elle a deux frères en excellente santé. *

Personnellement, elle n'est pas mariée, elle n'est à Paris que depuis un an 1/2. Et depuis très longtemps, elle présente des troubles menstruels : règles irrégulières, de courte durée, un léger état d'érythrocyanose des mains et des pieds. Par contre on ne relève aucun antécédent digestif ou hépatique.

Examen. — La malade se présente avec un bon état général. Elle est apyrétique. Elle est légèrement pâle, avec une légère cyanose des extrémités.

L'abdomen est très augmenté de volume, très déformé à la simple inspection. La peau est lisse, sans circulation colatérale.

L'ombilic tendu n'est pas déplissé. La palpation montre une paroi abdominale ferme, assez tendue, rendant l'exploration du foie et de la rate impossible.

La percussion donne une mâtité franche, remontant au-dessus de l'ombilic, très étendue, dont la limite supérieure est légèrement concave en haut. Cette mâtité est mobile avec les mouvements d'inclinaison latérale exécutés par la malade. Elle est maxima aux points déclives. Elle s'étend en arrière dans la région lombaire. La sensation de flot est nettement perçue. Ce sont typiquement tous les signes d'une ascite libre de la grande cavité.

Par ailleurs, le foie est imperceptible par la recherche du phénomène du glaçon, son bord supérieur est en position normale. La rate n'est pas palpable.

Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs.

Les poumons, les plèvres, le cœur sont absolument normaux, cliniquement et radiologiquement. Les organes thoraciques sont déplacés vers le haut dans un thorax évasé transversalement, raccourci en hauteur par le diaphragme ascensionné sous la poussée de l'épanchement abdominal abondant.

Le poul est régulier, bien frappé. La tension artérielle est de 11,5-7. Les urines sont normales, il n'y a pas d'adénopathie.

Le toucher, difficile chez cette jeune fille, montre un utérus normal, et normalement situé, aucune modification du côté des annexes.

Le diagnostic clinique qui paraît évident malgré une cuti-réaction à la tuberculine négative est : péritonite tuberculeuse dans sa forme ascitique essentielle. Le traitement par les rayons ultra-violets est commencé.

Mais l'abdomen augmente encore de volume, toujours progressivement. Il devient douloureux, plus tendu. La gêne respiratoire s'accroît.

On décide de pratiquer une ponction qui est faite le 16 juin 1938, au lieu d'élection, à trois travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. A notre grand étonnement, par l'aiguille de ponction, s'écoule un liquide absolument limpide, eau de roche, dont l'apparence éliminait d'emblée le diagnostic porté d'ascite essentielle. Nous retirons sept litres de ce liquide. Et, pendant toute la durée de la ponction, le liquide conserve les mêmes caractères macroscopiques, absolument comparable à une eau limpide tant par la fluidité que par la couleur.

Cette ponction n'amène aucune réaction, ni phénomène de shock, ni poussée urticarienne. Seul un petit crochet thermique à 38°.

Un nouvel examen, pratiqué après évacuation complète de l'épanchement, montre une paroi rétractée, et permet d'apprécier facilement l'état de tous les organes abdominaux chez cette jeune fille maigre. Cet examen ne montre absolument rien d'anormal.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes. La rate n'est ni palpable ni percutable. On ne sent, dans l'abdomen, aucune masse anormale. On perçoit seulement un léger froissement en palpant la paroi.

Le toucher montre un col utérin normal, un corps un peu rétrofléchi, des annexes normales.

Par contre, les caractères du liquide retiré à la ponction sont très importants.

L'examen cytologique ne révèle que quelques rares leucocytes. Surtout il ne montre ni scolex, ni sable hydatique : ce qui constitue un signe négatif important.

L'examen physico-chimique est plus précieux encore :

Quantité	7 litres
Couleur	eau de roche légèrement opalescent
Densité	1 gr. 012
Résidu sec	10 gr. 80 p. 1000
Urée	0 gr. 33 p. 1000
Glucose	0
Albumine	0 gr. 90 p. 1000
Fibrine	0
Cholestérol	traces
Chlorures	1 gr. 76 p. 1000 en chlorure de sodium
Pseudomucine	0

Malgré l'absence de crochets d'hydatides, nous nous arrêtons à l'aspect de ce liquide qui est celui du liquide de kyste hydatique et, le 18 juin 1938, nous pratiquons au niveau dans la région deltoïdienne de notre malade une intradermo-réaction de Casoni. Elle est négative.

Un examen de sang est fait le 17 juin. Il montre :

Globules rouges	5.472.000
Globules blancs	7.500
Hémoglobine	90 %
Polynucléaires neutrophiles	50 %
Polynucléaires éosinophiles	7 %
Lymphocytes	4 %
Moyens monocytes	21 %
Formes de transition	2 %

Le taux élevé des éosinophiles est en faveur d'un kyste hydatique, on répète la numération globulaire le 22 juin. Elle montre 6 % d'éosinophiles.

Le 24 juin, on répète la cutiréaction à la tuberculine qui est encore négative.

Enfin, le 29 juin, on répète l'intradermo-réaction de Casoni, à peu de distance de la première. Et en quelques heures, on obtient une réaction érythémateuse locale qui persiste 48 heures.

Les jours suivants, on complète l'examen de la malade par un examen radiologique de l'appareil digestif, espérant préciser le siège d'un kyste abdominal. Cet examen est pratiqué par le Docteur Jouveau-Dubreuil qui ne trouve, à la radioscopie et à la radiographie, aucune anomalie de transit, aucun aspect anomal des parois digestives. Le foie paraît avoir un volume normal. Un lavement opaque montre un colon normal comme calibre et comme longueur.

Tandis que l'on pratique ces divers examens, l'épanchement se reproduit rapidement et, fait notable, avec tous les caractères d'une ascite libre au début.

Une laparotomie exploratrice est décidée devant l'incertitude du diagnostic et de la cause de ce liquide eau de roche.

L'intervention chirurgicale est pratiquée le 8 juillet par le Docteur Bergeret. Anesthésie au cyclopropane. Incision médiane sous-ombilicale. On découvre un volumineux kyste paraovarien droit, vidé, en grande partie, par la ponction faite antérieurement. Il s'est développé en refoulant la paroi postérieure du ligament large et en rejetant l'ovaire, qui est étalé et scléreux, en dehors et en avant. La trompe s'étale en avant de la masse kystique. Castration droite. Fermeture de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires sont absolument normales et la malade, revue un mois et demi après l'intervention est en excellent état.

L'examen histologique de la pièce, faite par le Docteur Millot, montre un ovaire sclérokystique auquel est appendu un kyste simple à paroi conjonctive dense, à revê-

tement épithélial interne unistratifié, aplati, sans caractéristique notable.

Telle est l'histoire de la maladie. Nous l'avons développée intentionnellement. Nous avons essayé de montrer, de façon aussi précise que possible, l'allure trompeuse du tableau clinique tel qu'il nous est apparu, et les différents stades par lesquels il a fallu passer avant d'envisager la laparotomie.

Enfin, ce n'est que cette intervention qui a pu absolument affirmer le diagnostic vers lequel nous orientaient les caractères du liquide de ponction, mais dont nous éloignait la constatation d'une intradermo-réaction de Casoni positive.

III

Les problèmes soulevés par le diagnostic d'une telle affection sont de trois ordres :

- 1° Selon la clinique;
- 2° Selon la nature du liquide de ponction;
- 3° Selon le résultat des intradermo-réactions de Casoni.

Et nous insisterons d'emblée sur le fait particulièrement important au point de vue thérapeutique, que la discussion n'est pas localisée seulement à des affections chirurgicales mais qu'elle s'étend aussi à des affections médicales.

Cliniquement, nous avons vu que le tableau que présentait notre malade était, en tous points, celui d'une péritonite tuberculeuse ou ascite essentielle des jeunes filles.

La mâtité étendue, dont le bord supérieur était même à légère concavité supérieure, présentait tous les caractères de la mâtité des épanchements en péritoine libre. Elle était mobile, maxima aux points déclives s'étendait jusqu'aux régions lombaires. Elle était égale et symétrique des deux côtés de l'abdomen. Elle donnait le phénomène du flot.

Les signes fournis par le toucher ne pouvaient nullement faire penser au kyste: un utérus rétrofléchi légèrement, des culs-de-sac libres.

Quant aux signes fonctionnels, on connaît la fréquence des troubles des règles au cours des péritonites tuberculeuses. L'existence d'une période digestive prodromique, l'absence de douleur, l'intégrité de tous les organes explorables étaient autant d'arguments en faveur de l'ascite.

Nous pouvons retenir peut être l'absence de signes nets d'imprégnation tuberculeuse : le bon état général, la conservation du poids, difficile à apprécier nettement d'ailleurs, l'apyrexie absolue. Mais ces signes ne nous semblent pas suffisants pour faire rejeter un diagnostic d'ascite

libre devant un tableau si complet. Et nous ne voyons vraiment pas à quels signes nous pourrions faire appel pour être orienté vers le kyste paraovarien.

Donc, jamais on ne pensera à pratiquer une intervention, et il faudra que l'abondance de l'épanchement cause des troubles respiratoires ou cardiaques importants pour qu'on soit amené à faire une ponction qui fera reviser le diagnostic.

Et cliniquement, ce kyste paraovarien simule de si près l'ascite que les discussions classiques avec le kyste de l'ovaire qui, lui aussi, atteint très rarement ce volume, ou avec un volumineux kyste hydatique d'un organe abdominal, perdent tout leur intérêt.

La clinique fait poser un diagnostic certain, facile même, d'ascite essentielle, et on institue le traitement habituel.

Mais l'épanchement ne diminue pas, peut-être augmente-t-il même un peu plus vite sous l'influence de l'héliothérapie. Bientôt, la dyspnée s'aggrave, les palpitations apparaissent: on envisage une ponction, on la pratique au point d'élection. D'un seul coup, dès les premières gouttes de liquide, ce diagnostic posé avec certitude, devient certainement faux. Il n'existe pas d'ascite dont le liquide ait l'aspect dit la limpidité de l'eau de roche.

De même, d'ailleurs, le kyste de l'ovaire est éliminé, dont le liquide est toujours coloré et épais.

D'emblée, par le seul aspect du liquide, le diagnostic est localisé entre le kyste paraovarien et le kyste hydatique. Une étude plus approfondie va permettre de penser, d'une façon plus précise encore à l'origine paraovarienne. En effet, il coule sept litres de ce liquide clair et fluide comme l'eau, très légèrement opalescent, sans interruption. Or, on sait combien il est rare qu'un kyste hydatique volumineux soit uniloculaire. Donc, l'abondance du liquide et le fait qu'il coule d'un seul jet sans que l'on déplace l'aiguille est un argument contre le kyste hydatique. De même l'absence de phénomène de shock au cours de la ponction. De même, l'absence d'une poussée urticarienne à la suite de la ponction. La légère poussée thermique que nous avons notée dans notre observation ne constitue pas une réaction notable.

L'étude physico-chimique détaillée des caractères du liquide va nous rapprocher encore davantage du diagnostic réel. En effet, si la densité faible, le faible poids du résidu sec, la très faible proportion d'albumine (0,90 pour 1000), sont des caractères communs aux liquides du kyste paraovarien et du kyste hydatique, par contre l'absence complète de glucose et la faible quantité de chlorure (1 gr. 76 pour 1000), enfin la présence de cholestérine sont des arguments très importants contre le kyste hydatique.

Enfin, dans le même sens, il est à peine besoin de signaler le petit nombre des éléments cellulaires et surtout l'absence de crochets d'hydatide — qui font très rarement défaut — dans le liquide hydatique.

Nous voyons donc que le liquide de ponction est absolument celui d'un kyste paraovarien. Pourtant, la rareté de cette affection et aussi la présence — d'ailleurs inexpliquée — d'un taux augmenté de polynucléaires éosinophiles dans le sang nous ont poussé à chercher d'autres arguments encore, contre la possibilité d'un kyste hydatique.

De toutes façons, il ne faut pas perdre de vue que la ponction nous a permis immédiatement de localiser le diagnostic entre deux affections chirurgicales, et a pu, dès lors, faire envisager une laparotomie exploratrice. L'aspect et les caractères du liquide sont donc d'un intérêt capital dans ce cas permettant d'infirmes les résultats de la clinique et de faire penser, pour la première fois, à l'affection réellement en cause.

3° Le jour qui a suivi la ponction, nous avons pratiqué, au niveau de la région deltoïdienne du bras droit de la malade, une introdermo-réaction de Casoni à l'antigène hydatique. Cette réaction est restée absolument négative.

Devant les résultats concordants de deux numérations globulaires qui ont montré à cinq jours d'intervalle 7 et 6 % d'éosinophiles (nous insistons encore sur l'ignorance absolue où nous sommes, de la cause de cette éosinophilie, et il conviendrait sans doute d'étudier la formule sanguine au cours d'affections similaires), nous avons pratiqué une nouvelle intra dermo-réaction de Casoni, onze jours exactement après la première, et dans la même région qu'elle.

Au bout de quelques heures, une plaque érythémateuse localisée est apparue qui a persisté quarante-huit heures environ.

Nous savons maintenant, après l'intervention, que ce résultat s'est produit en l'absence de toute échinococcose. Il s'agit évidemment d'une sensibilisation par l'antigène hydatique de la première intra dermo-réaction. Mais, est-ce une modification humorale ou une sensibilisation locale? Il convient, de toute façons, d'insister sur le fait qu'une intra dermo-réaction de Casoni positive, quelques jours après une intradermo-réaction négative, peut se produire sans qu'il existe un kyste hydatique et, dans le cas qui nous intéresse, peut égarer le diagnostic.

A ce propos, nous signalons des faits analogues constatés par MM. Sergent, Fourestier et Jimenez Galliano et signalés à l'Académie de Médecine le 7 février 1939, un article de M. E. Rist aboutissant à des conclusions semblables dans la Presse Médicale du 8 février 1939, et enfin une thèse de Paris (1939) due à M. Jimenez Galliano.

Et nous relevons surtout quelques observations présentées dans cette thèse et prises dans le service du Professeur Sergent. Vingt-trois malades, certainement exempts

d'échinococcose et dans un état de santé permettant d'exclure toute cause d'énergie générale, ont reçu une première injection intradermique de liquide hydatique, et cette première réaction de Casoni est restée uniformément négative. Or, on pratique, huit jours plus tard, une nouvelle injection intradermique de liquide hydatique, chez chacun de ces malades, et dans la même région que la première injection. Onze malades présentent alors une réaction positive, tandis que, chez les douze autres, cette seconde réaction demeure négative. Les sujets se répartissent donc en deux lots sensiblement égaux.

Ces faits, en parfaite concordance, avec le cas que nous avons observé nous-même, nous amènent aux conclusions générales sur lesquelles s'accordent tous les auteurs dont nous venons de citer les ouvrages. Ce « virage de l'intradermo-réaction de Casoni » sous l'influence d'injections intradermiques répétées de liquide hydatique est, sans doute, le fait d'une sensibilisation relevant de l'anaphylaxie hydatique. Et cette sensibilisation entre probablement dans le cadre des sensibilisations tissulaires et locales.

Au point de vue de la discussion diagnostique qui nous occupe, il faut insister sur le fait que la positivité d'une intradermo-réaction de Casoni ne constitue par un argument absolu pour affirmer le kyste hydatique.

D'ailleurs, devant les faits contradictoires, que nous avons relevés dans notre observation, nous croyons surtout que l'étape importante du diagnostic est la décision d'intervenir.

CONCLUSION

Si la difficulté du diagnostic des kystes paraovariens est une notion classique, nous pensons pourtant que l'observation que nous avons rapportée et les discussions qu'elle soulève avec des affections médicales et chirurgicales, soulignent quelques points particulièrement intéressants.

1° Un volumineux kyste paraovariens, liquide, développé vers l'abdomen, entre les deux feuillets du ligament large, peut simuler absolument un épanchement en péritoine libre, et nous ne voyons pas quels signes cliniques pourraient en permettre le diagnostic.

2° Les caractères physicochimiques du liquide retiré, si l'on est amené à pratiquer une ponction, sont d'une extrême importance et peuvent, par une étude approfondie, amener à une certitude presque absolue en faveur d'un kyste paraovarien.

3° Si l'on pratique successivement, à quelques jours d'intervalle, et à quelques centimètres l'une de l'autre, deux intradermo-réactions de Casoni, la seconde peut être positive alors que la première était négative, et ceci en l'absence de toute échinococcose.

Au total, nous signalons la nécessité de bien connaître les particularités du liquide kystique qui, seules, devant un tableau d'ascite libre, permettront de penser au kyste paraovarien, avant l'intervention.

Vu le Doyen :
TIFFENEAU,

Vu le Président de thèse :
GUILLAIN

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.
OBSERVATIONS

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Agosse, Grimbert, Muttermilch. — Dictionnaire des examens de laboratoire, Paris, 1938.

Bentner. — Tumeurs ovariennes intra ligamentaires et pseudo intra ligamentaires.

Bergeret, Léchelle, Thévenard et Charousset. — Kyste paraovarien simulant une ascite libre. Intervention. Guérison. Les erreurs de la réaction de Casoni. (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 24 février 1939.)

Binaud et Chavannaz. — Bulletin Médical 1905, p. 30.

Chevrier-Bult. — Société d'anatomie, Paris 1902, n° 22, p. 218.

Cortiquera-Sein. — Gynécologie. Paris 1856, juillet.

Cushier (New-York). — Pathologic Society 1884, avril.

Demons. — Communiqué au Congrès de Chirurgie, Paris, 1902.

Deniker. — Quelques points de l'étude clinique des tumeurs du ligament large. (Thèse Paris, 1909.)

Devé. — Kyste hydatique du bassin. (Revue de Chirurgie, Paris, 1924.)

Doran (Albon). — Transaction of the Obstetric Society of London, 1899, LXI, p. 173.

Dumouthiers. — 1886. Recherches sur quelques liquides pathologiques de la cavité abdominale.

Forgue. — Gynécologie et obstétrique. Paris, 1925, XII, 3-197.

Gourliau. — Tumeurs liquides du ligament large. (Thèse Toulouse, 1914-1915.)

Jimenez-Galliano (M.-E.). — Le virage de la réaction de Casoni après intradermo-réaction répétées. (Thèse Paris, 1939.)

Kessler-Zritschn. — Giburtsch und Gynak, 1902.

Laroche. — Thèse Paris, 1896.

Lauwers. — Société belge d'Obstétrique et Gynécologie, 1901, n° 1, p. 3.

Maroni (José Juan). — Nuevas consideraciones sobre la introdermo reaccion hydatica. (Revue Sud-Americaine d'endocrinologie, immunologie et chimiothérapie, Buenos-Ayres, 15 février 1938-21, 100.106.)

Raimondi. — Kystes du ligament large. (Thèse Paris, 1896.)

Reynier. — Semaine gynécologique, mars 1896.

Rist (E.). — La sensibilisation par l'épreuve de Casoni : cause d'erreur dans le diagnostic du kyste hydatique. (Presse Médicale, 8 février 1939, 11, 201-204.)

Sannier. — Contribution à l'étude des kystes hydatique du bassin chez la femme. (Thèse Lyon, 1920).

Sebileau. — Revue de Chirurgie, 1899.

Sergent-Fourestier. — A proposito di due osservazioni di cancro e di cisti idatidea del pulmone. Interpretazione della imagini arrotondite pulmonari. Valore della

reazioni biologiche malattia idatidea. (Riforma medica, n° 4, 1930.)

Sergent-Fourestier-Jimenez Gallino. — Le virage de la réaction de Casoni, après une deuxième ou plusieurs intradermo-réactions. (Bulletin de l'Académie de Médecine, 7 février 1939, p. 180.)

